

FAX送付先:042-484-0524

※11月18日午前10時より前に届いたものは破棄させていただきます。

フリガナ 受診者氏名		性 別 男 ・ 女	年 齢 歳
分会番号	群番号	組合員番号	組合員氏名 本人・ ()

事業所一括送付は下に記入 (HPに一括申込用紙を掲載していますのでご活用ください)

事業所名	電話
送り先 〒 —	

料金支払について	○を付けてください	個人支払	当日	会社支払	後日
----------	-----------	------	----	------	----

検 診 項 目		土建国保 加入者(1回目)	組合のみ 加 入 者	75歳以上	受診 項目
般 診 一 検	身体測定、血圧測定、視力・聴力検査、採血	無料	500	2回目500	全員
	尿検査、胸部レントゲン、心電図検査	2回目500	2回目8,920		

オ プ シ ョ ン 検 査	①大腸がん(便潜血検査2回)	0(40歳以上)	1,500	
	②胃がん血液検査(ペプシノーゲン検査)	5,500		
	③肺がん(喀痰検査)	3,600		
	④前立腺がん(血液検査)	500(50歳以上)	1,570	
	⑤塵肺	2,090		
	⑥子宮がん(血液検査)	3,300		
	⑦石綿肺	3,100		
	⑧有機溶剤【トルエン・キシレン】	各3,100		
	⑨特定化学物質(溶接ヒューム)	4,400		

検査を希望する溶剤に○を付けて下さい。

合計料金	円	受診する検査項目に○をしてください。↑
メモ欄	受付	